Aus der Universitäts-Hautklinik Breslau.
Direktor: Prof. Dr. med. Gottron

Die Syphilis der Vulva

an Hand des Krankengutes der Universitäts-Hautklinik Breslau

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Medizinischen Doktorgrades an der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Gerhard Muschner
aus Glogau

Breslau 1941

Dissertationsdruckerei R. Nischkowsky ⟨v. Heydebrand⟩

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

Referent: Prof. Dr. Gottron.
Dekan: Prof. Dr. Gottron.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

An Hand des Krankengutes der Universitäts-Hautklinik zu Breslau will vorliegende Arbeit die Beziehungen zwischen der Syphilis in ihren drei Stadien und dem äußeren weiblichen Genitale aufzeigen.

Anatomisch finden sich am äußeren weiblichen Genitale Organe verschiedener Struktur, die dem Erscheinungsbild der Syphilis ein wechselvolles Bild geben können. Hinzu kommt, daß die syphilitischen Effloreszenzen durch die chemischen Reize der Sekrete, durch mangelhafte Körperpflege und andere ähnliche Ursachen eine mannigfache Änderung erfahren können.

Das Anfangsstadium, der Primäraffekt (PA), kommt bei der Frau seltener zur Beobachtung des Arztes als beim Mann. Er ruft bei ihr geringere subjektive Beschwerden als beim Mann hervor und entgeht leicht der Beobachtung der Trägerin. Erst dann, wenn die meist in der Mehrzahl vorhandenen Sekundäreffloreszenzen die Aufmerksamkeit der Kranken erregen, begeben sie sich in Behandlung. Dieses ist mit einer der wichtigsten Gründe dafür, weshalb mehr Fälle im Sekundärstadium als im Anfangsstadium registriert werden.

Die Berufe, die von den meisten Trägerinnen eines PA vertreten werden, sind vornehmlich: Dienstmädchen, Büfettfräulein, Verkäuferin, Köchin, Wirtschafterin, Kontoristin, Arbeiterin. Mit dieser Angabe soll aber nicht zum Ausdruck gebracht werden, daß die genannten Berufe besonders verseucht oder gefährdet sind. Hauptsächlich ist diese Berufszusammensetzung dadurch erklärt, daß gerade diese Kreise es sind, die sich der Behandlung in der Klinik unterziehen.

Das von der Infektion am meisten betroffene Alter ist das 17. bis 31. Lebensjahr. Vor und nach dieser Zeit ist ein langsamer Anstieg und Abfall zu erkennen. Die jüngste Kranke war 2 Jahre alt. Aber selbst im hohen Alter wurden noch Frischinfektionen erworben.

Die folgende Tabelle zeigt, wie häufig an den einzelnen Regionen des Genitales der PA lokalisiert ist.

Jahr	reLab maj.	liLab maj.	re Lab min.	liLab. min.	Comm. post.	Intr. vag.	Klit.	Orif. ureth	Comm. ant	Ind. öd.	Gesamtzahl
1920	4	5	5	9	6	2	—	—	1	9	32
1921	5	14	3	5	10	3	1	—	—	6	41
1922	9	6	2	2	—	1	—	—	1	10	21
1923	8	8	8	3	3	1	—	1	—	9	32
1924	2	4	2	3	3	—	1	1	—	3	16
1925	1	7	2	7	8	2	2	—	—	8	29
1926	2	2	2	1	3	—	1	—	—	—	11
1927	4	2	2	—	—	—	—	—	—	4	8
1928	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2
1929	—	2	1	—	—	2	—	—	—	2	5
1930	—	1	—	1	1	—	—	—	—	1	3
1931	1	2	1	1	3	—	—	—	—	2	8
1932	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	3
1933	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	3
1934	—	2	1	3	—	—	—	—	—	—	6
1935	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1936	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1937	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1938	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	2
1939	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1940	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1
	36	58	30	38	40	11	6	3	2	56	224

Tabelle 1. Lokalisation des PA.

Diese Aufstellung läßt eine Abnahme der Infektion seit 1921 erkennen. Die Jahre 1936, 1937 und 1939 sind frei von jeder frischen Erkrankung. Dagegen weist das Jahr 1940, wenn man die Tabelle 5 heranzieht, eine erneute Zunahme der Neuerkrankungen auf. Die vorletzte Spalte in der obigen Aufstellung zeigt die Fälle an, die ein gleichzeitiges Indurativ es Ödem aufwiesen, die letzte Spalte ergibt die Gesamterkrankungen in einem Jahr.

Die von Fournier, Guszmann und der Breslauer Klinik angegebenen Erkrankungen mit Sitz des PA an den Labien und der hinteren Commissur sind in der folgenden Aufstellung wiedergegeben:

Lokalisation	große Labien	kleine Labien	hintere Commissur	Gesamt
Fournier	114	55	38	207
Guszmann	122	37	44	203
Bresl. Hautkl.	94	68	40	202

Tabelle 2.

Es zeigt sich also an unserem Krankengut eine Abnahme der Lokalisation an den großen Labien, die im Verhältnis zu den von Guszmann genannten Zahlen 14 % beträgt. An den kleinen Labien ist eine Zunahme von 15 % zu verzeichnen. Die für die hintere Commissur angegebenen Werte halten sich ungefähr die Waage.

Über die prozentuale Beteiligung der einzelnen Genitalbezirke gibt die nächste Tabelle Aufschluß:

Lokalisation	Fournier	Munde	Bresl. Hautklin.
große Labien	48,51%	39,92%	41,96%
kleine Labien	23,4 %	27,69%	30,36%
hintere Comm.	16,17%	18,48%	17,86%
Introitus vag.	3,83%	3,50%	4,96%
Klitoris	4,25%	5,80%	2,23%
Orif. urethr. ext.	2,98%	2,80%	1,34%
vordere Comm.	0,85%	0,50%	0,94%

Tabelle 3.

Auch hier zeigt sich eine Zunahme des Befallenseins der kleinen Labien, dagegen eine Abnahme an der Klitoris und dem Orif. ureth. ext.

Die bisher angeführten Tabellen lassen erkennen, daß die großen Labien die weitaus häufigsten Lokalisationen der Initialsklerose bilden. Der Häufigkeit nach folgen dann die kleinen Labien, die hintere Commissur, Introitus vaginae, Klitoris, Orificium urethrae ext. und schließlich die vordere Commissur. Guszmann betont, daß an den großen Labien ein Überwiegen des PA vor allem am linken festzustellen ist, eine Tatsache, die auch am hiesigen Krankengut erkannt werden kann. Das Verhältnis links zu rechts ist wie 58 : 38. Ein ähnlicher Unterschied besteht ebenfalls zwischen linker und rechter kleiner Labie.

In der Mehrzahl der Fälle ist der PA an der Innenseite, im unteren Drittel der Labien lokalisiert. Der Häufigkeit nach folgt dann die Region zwischen großem Labium und kleinem Labium. Die Außenseite der Labien und der Vorderbezirk sind nur in wenigen Fällen Lokalisationsbezirke des PA. Das Verhältnis des Befallenseins der Außen- und Innenseite ist wie 2 : 7.

In 165 von 224 Fällen der Initialsklerose findet sich ein isolierter Primäraffekt. Folgende Lokalisationen wurden vorwiegend beobachtet:

Linkes Lab. maj.	46 mal
Rechtes Lab. maj.	27 mal
Linkes Lab. min.	32 mal
Rechtes Lab. min.	25 mal
Hintere Commissur	35 mal

Hervorzuheben ist, daß die Gegend des Introitus, der Klitoris und des Orif. urethr. ext. nur isolierte PA aufweisen.

Einen Vergleich mit dem von Guszmann veröffentlichten Material über den Sitz des Solitär-PA an den Labien zeigt folgende Aufstellung:

Lokalisation	re. lab. maj.	li Lab. maj.	re. lab. min.	li. Lab. min.	Gesamt
Guszmann	38	54	9	16	117
Hiesige	27	46	25	32	130

Tabelle 4.

Auch hier zeigt sich, daß die linken Labien stärker befallen sind, als die rechten.

In 3,2% aller Fälle, siebenmal, finden sich sogenannte Abklatschgeschwüre, so vor allem an den einander gegenüberliegenden Stellen der Labien. Von den weiterhin genannten 34 multiplen PA ist es schwer zu beurteilen, inwieweit es sich hierbei um gleichzeitig erworbene Infekte oder um Abklatschgeschwüre handelt.

Ein Viertel aller Kranken weist als Begleiterscheinung ein indurativ es Ödem auf. Finger beschreibt es als eine feste, elastische, trockene Schwellung von gelblich bis kupferbraunem Farbton, deren Oberfläche oft chagriniert erscheint. Die histologische Untersuchung der Geschwulstmassen ergibt, wie Gravagna feststellte, die Zeichen einer chronischen Entzündung; einer durch den spezifischen Erreger hervorgerufenen Sklerose der Lymphgefäße (Rundzelleninfiltration). Dieses Ödem

hinterläßt bei Fingerdruck keine Dellen. Es zeigt sich hauptsächlich an den großen Labien und vor allem nur auf einer Seite, wie folgende Übersicht darstellt:

Li Lab. maj.	18 mal
re. Lab. maj.	21 mal
beide Lab. maj.	7 mal
li Lab. min.	3 mal
re Lab. min.	5 mal
beide Lab. min.	2 mal

Die folgende Zusammenstellung gibt den Sitz des PA in den Fällen an, die von einem indurativem Ödem begleitet waren:

li Lab. maj.	15 mal
re Lab. maj.	12 mal
li Lab. min.	7 mal
re Lab. min.	5 mal
hintere Comm.	5 mal
Introitus Vagin.	3 mal
Klitoris	1 mal

Daraus ist zu ersehen, daß das indurative Ödem am häufigsten dann auftritt, wenn die Initialsklerose an den großen Labien lokalisiert ist.

Siebenmal fällt als einzige äußerliche Erscheinung einer stattgehabten Infektion ein Induratives Ödem auf, wohingegen von einem Oberflächendefekt, der auf einen harten Schanker hingewiesen hätte, nichts zu bemerken war. Stookey und andere Autoren wiesen aber darauf hin, daß das Indurative Ödem in manchen Fällen den Primäraffekt verschleiern oder verdecken kann. Bei anderen Fällen wiederum hebt sich dieser scharfbegrenzt und lackartig glänzend von der Schwellung ab.

Bei den Erkrankungen, bei denen der Infektionstermin mindestens drei Wochen zurückliegt, findet sich häufig eine Skleradenitis inguinalis. Vor allem dann ist diese Erscheinung zu beobachten, wenn der PA an der hinteren Commissur und am Introitus lokalisiert ist. Die Hauptmerkmale der Skleradenitis ing. sind: Einzelstehende oder perlenschnurartig-aufgereihte, auf der Unterlage gut verschiebliche Drüsen von derber Konsistenz und Kirschkern- bis Haselnuß- oder Bohnengröße. In der Regel sind sie schmerzlos. Nur in den Fällen, in denen durch Unreinlichkeit und ähnlichen Anlässen eine Sekundärentzündung hinzugekommen ist, findet sich eine druckschmerzhafte Entzündung.

Der Primäraffekt selbst ist gekennzeichnet durch einen

Substanzverlust der Epidermis, während die Cutis im allgemeinen nicht ergriffen ist. In ersterem Fall resultieren nach der Heilung keine Narben. Im zweiten Fall aber zeigen scharfgeschnittene Narben den Ort des PA an, wie P r e i s nachwies.

Der Grund der Initialsklerose ist induriert, die Oberfläche von einer Pseudomembran überzogen. Diese wird, nach Milian, aus Fibrin, polynucleären Leucocyten und Zelldetritusmassen gebildet. Die Fibrinfibrillen verlaufen parallel zur Hautoberfläche. Die Form des PA ist scharfbegrenzt, oval oder kreisrund. Die Ränder sind wallartig erhaben und steigen vom Grund meist flach an. Die vom PA ausgelöste Zellreaktion ist überwiegend eine lymphocytäre.

Am weiblichen Genitale kann man klinisch folgende Formen des PA unterscheiden:

1. das indurierte Knötchen
2. die oberflächliche Erosion
3. das scharfrandige Ulcus durum.

M i l i a n teilt dann noch in folgende Formen ein:

1. Zwergschanker, höchstens hirsekorngroß und deshalb leicht zu übersehen.
2. Riesenschanker, der sich vornehmlich auf der äußeren Haut, selten auf der Schleimhaut findet.
3. Diphteroider Schanker, ist hauptsächlich auf der Schleimhaut lokalisiert.
4. Hypertrophischer Schanker, hier ist eine mächtige Zellinfiltration vorherrschend.

Wie sich die Initialsklerose an den einzelnen Bezirken der Vulva verhält, ist im Folgenden gezeigt:

D i e g r o ß e n L a b i e n.

Aufgebaut aus glatten Muskelfasern, fettreichem Bindegewebe, überzogen von einem mehrschichtigem, verhornenden Plattenepithel zeigt ihre Oberfläche nur an der Innenseite eine schleimhautähnliche Struktur, hier bilden auch Schweiß- und Talgdrüsenausführungsgänge natürliche Lücken.

Für die hier sitzenden PA ist nach B r a l e z charakteristisch, der derb infiltrierte Grund, die scharfbegrenzten, nach der Mitte zu langsam abfallenden Ränder. Die Oberfläche der Erosion ist z. T. grindig bedeckt.

Hier sind 94 Fälle lokalisiert, teils oberflächliche Erosionen, die auf einem mächtig indurierten Labium aufsitzen; teils rote

oder lackartig glänzende Ulcera, ebenfalls mit stark infiltriertem Grund, wallartig erhabenen Rändern, die in einigen Fällen aber auch glatt erscheinen. Die Oberfläche ist grün-gelb-speckig belegt. Beide Erscheinungsformen erreichen Hirsekorngröße bis zu einer Ausdehnung von 5 cm.

In den einzelnen Fällen ergibt sich für die hier lokalisierten Initialsklerosen eine 24prozentige Beteiligung des Indurativen Ödems gegenüber der von Guszmann gefundenen Häufigkeit von 20%.

Die kleinen Labien.

Fettloses Bindegewebe, elastische Fasern, Talg- und Schweißdrüsen bilden den Hauptanteil des Aufbaues, die Oberfläche ist von vielschichtigem Epithel überzogen. Das massige Infiltrat, wie man es an den großen Labien findet, vermißt man hier, in demselben Maß büßt hier das Indurative Ödem seine Mächtigkeit ein. Nach Bralez findet man hier den sogenannten Pergamentschanker mit flächenhafter Ausbreitung. Die 68 hier lokalisierten Fälle zeigen mehr flache Erosionen als Ulcera. Kreisrund oder oval mit scharf begrenzten, wenig indurierten Rändern, die teils steil, teils flach abfallen. In einigen Fällen kommen unterminierte Ränder vor. Die Erosion zeigt Linsen- bis Münzengröße, und ist in fast allen Fällen schmierig oder lackartig glänzend belegt. Gegenüber Guszmann, der die Häufigkeit des hier lokalisierten isolierten PA mit 15,4% angab, findet sich in unserem Krankengut eine solche von 31%.

Hintere Commissur.

Im Vergleich zum übrigen Genitale erscheint diese Hautfalte als verhältnismäßig kleiner Bezirk. Die Anzahl der hier zu findenden Fälle, 40, mutet daher als außerordentlich hoch an. Es sind dies 17,9% aller Fälle, gegenüber der Häufigkeit, die Guszmann mit 21,8% angibt. Der PA zeigt wenig oder gar keine Abweichung von den bisher geschilderten Merkmalen. Hier findet sich zumeist ein scharf begrenztes Ulcus mit sanft ansteigenden Rändern und schmierig belegter Oberfläche. Wie schon erwähnt, sind bei dieser Lokalisation die regionären Lymphdrüsen oft infiltriert.

Introitus vaginae.

Hier ist der PA in 11 Fällen lokalisiert. Er erscheint in Hirsekorn- bis 10-Pfenniggröße und weist keine Besonderheiten auf. Als Begleiterscheinung kann ein geringes Ödem der kleinen

Labien auftreten. Es sei eingefügt, daß Chevallier über einen Fall berichtet, bei dem ein Zwergschanker in dem Bezirk der Carunculae myrtiformes sehr schwer aufzufinden war. In den zahllosen Resten und Taschen hielt er sich verborgen, und deshalb kann hier oft nur gründliches Untersuchen auch der kleinsten Falte die Initialsklerose feststellen. An dem Übergang vom kleinen Labium und Hymen liegt die Hautschleimhautgrenze. Es findet sich bis dort das gleiche Epithel, das die Oberfläche der kleinen Labie bildet.

Klitoris.

Sie wird gebildet aus den beiden Schenkeln, dem Frenulum und dem mit Schleimhaut bedeckten vorderen Ende, der Glans clitoridis. In den hier lokalisierten Fällen findet sich eine fleischfarbene oder rötliche Erosion, die in einem Teil der Fälle von einem mächtigen Ödem der Klitoris begleitet ist. 2,7% der Infektionen sind hier beobachtet worden. Guszmann gibt diese Beteiligung mit 1%, Fournier mit 4% an. Einer der hier gefundenen Fälle ist im Folgenden mit der Krankengeschichte wiedergegeben:

Jahrgang 1925, W. E. Ehefrau 25 Jahre:

Tief zerklüftetetes, scharfrandiges induriertes Ulcus, das die ganze Klitoris einnimmt. Das rechte Lab. maj. ist ödematös geschwollen. Inguinaldrüsen sind beiderseits etwa pflaumengroß.

Orificium urethrae externum.

Zahlreiche Schleimhautdrüsen umgeben kranzartig das Orificium. Die drei hier zu findenden Initialsklerosen weisen scharf begrenzte, weißlich belegte linsengroße Erosionen von dunkelroter Farbe auf, die mit blutig-serösem Sekret bedeckt sind. Bralez berichtet über Fälle, bei denen sich eine erschwerte Miction fand und wo der PA ein Epitheliom vortäuschte. Den intraurethralen PA, der beim Mann nicht so ganz selten ist, habe ich in dem Krankengut der Klinik nicht aufgefunden. Auch im neueren Schrifttum ist darüber nichts zu lesen.

Vordere Commissur.

Sie wird durch eine breitere Hautfalte dargestellt als die hintere Commissur. Es finden sich hier in zwei Fällen charakteristische, flache Erosionen.

Bartholinische Drüsen.

In einem Fall wird über den Sitz des PA am Ausführungsgang der Bartholinischen Drüsen berichtet. Die Krankengeschichte lautet:

Jahrgang 1925, H. M. 20 Jahre, Arbeiterin.

Ziemlich flache Erosion am Ausführungsgang der linken Bartholinischen Drüse. Darunter kirschgroße Sklerose. Inguinaldrüsen geschwollen.

Am Eingang der Skeneschen Gänge wurde kein PA beobachtet. Auch in der Literatur ist darüber nichts verzeichnet.

Nebenbei sei erwähnt, daß der PA der Vagina in den Jahren 1920 bis 1940 in sechs Fällen, der PA der Portio und Cervix in fünf Fällen beobachtet wurde.

Sekundärstadium

Wie schon anfangs betont wurde, kommt die Mehrzahl der Kranken erst mit Erscheinungen des sekundären Stadium zur ärztlichen Behandlung. Dies erklärt auch hinreichend die, im Verhältnis zu der beim Primärstadium genannten, große Zahl von Fällen, die in den Jahren 1920—1940 in der Klinik zur Beobachtung kamen. In diesem Zeitraum wurden 644 Kranke mit sekundär-luetischen Erscheinungen am äußeren Genitale behandelt. Nicht alle Frauen konnten den Infektionstermin angeben. Soweit diese Angabe aber erfolgte, betraf sie einen Zeitraum von 3 Wochen bis zu 6 Jahren. Die Mehrzahl der Patienten suchte die Klinik 1—4 Monate und 6 Monate nach der angeblich erfolgten Infektion auf.

Auch hier gehören die Trägerinnen wieder vornehmlich folgenden Berufen an: Hausangestellte, Büfettfräulein, Kontoristin, Verkäuferin, Arbeiterin. Aber auch eine größere Anzahl Ehefrauen ist zu nennen. Die prozentuale Beteiligung der letzteren ist wesentlich höher, als bei dem Primärstadium festzustellen war. Vorwiegend waren es Ehefrauen von Schiffern, Landwirten, Vertretern, Arbeitern und Beamten.

Das weibliche Genitale ist, wie Guszmann und Milian betonen, der häufigste Sitz der Lues II. Hier bedingt die Reizwirkung der, auch zum Teil zersetzten, Sekrete des Genitales und auch, wie schon betont, die ungenügende Körperpflege, eine Umwandlung des Erscheinungsbildes der Sekundäreffloreszenzen. Bei unserem Krankengut wurden folgende Effloreszenzen beobachtet:

Das makulöse Exanthem.

In vier Fällen wurde dieses Exanthem, aus scharf begrenzten bläulich-roten Flecken bestehend, beobachtet, die eine Ausdehnung bis zu 5 cm aufwiesen. Dieses Exanthem kann, wie in der Literatur wiederholt festzustellen ist, durch die ständige Hyperämie, durch die erhöhte Sekretion der Drüsen zu einer oberflächlichen, schmerzlosen, unregelmäßig begrenzten Erosion führen. In zahlreichen Fällen ist diese von einem katarrhalischen Sekret bedeckt, vor allem dann, wenn diese Erscheinung an den von Schleimhaut bedeckten Teilen auftritt. In unserem Krankengut finden sich 51 Frauen, die diese Erosion aufweisen. Ein großer Teil davon war auch hier auf der Schleimhautfläche lokalisiert, 76,5%.

Die Papel.

In über der Hälfte aller Fälle, 62,42% finden sich papulöse Effloreszenzen. Sie sind hirsekorngroß, bald erbsengroß. Guszmann gibt in dem Handbuch bis markstückgroße Papeln an. Es dürfte sich hierbei jedoch zum Teil um konfluierte Papeln handeln. Die Papeln stehen allein, oder kommen in der Mehrzahl in ausgedehnten Plaques zur Beobachtung. Sie liegen im Niveau der Haut, in anderen Fällen wiederum überragen sie diese. In der Mehrzahl aller Fälle ist als Begleiterscheinung der Papel ein indurierter Grund festzustellen. Dem Erscheinungsbild nach kann man in folgende Formen einteilen:

Die trockene Papel. Sie herrscht am äußeren freien Rand des Genitales vor. Die nässende erodierte Papel findet sich vornehmlich dort, wo sich zwei Hautstellen miteinander berühren. Diese Form zeigt dieselben Größenmerkmale wie die trockene Papel, aus der sie hervorgegangen ist. An der Schleimhautfläche zeigen diese Effloreszenzen einen durch Mazeration entstandenen speckigen Belag und daher nennt man die dadurch entstandene Erscheinungsform: Diphteroide Papel. In beiden Fällen breitet sich die Erosion in der Oberfläche aus. Die weitere Entwicklung führt zu der ulcerierten Papel, die 17mal festgestellt wurde. Zu einem Teil sind die Ulcerationen mit schmierig-übelriechenden Belägen bedeckt, sind induriert und nehmen Flächen von Erbsen- bis Bohnengröße und mehr ein. In zwei weiteren Fällen erschien die Sekundärform unter dem Bilde des papulopustulösen Exanthems, in zwei anderen Fällen zeigten sich organisierte Papeln. Die Beteiligung und Lokalisation der

einzelnen papulösen Effloreszenzen geht aus der weiter unten angeführten Tabelle 6 hervor.

Die Weiterentwicklung, vor allem an den Hautstellen, die miteinander in Berührung stehen, führt zu den hypertrophischen, nässenden Formen der Papeln, den Condylomata lata. Über 1/4 aller Sekundäreffloreszenzen werden von ihnen gebildet, 29,04%. Sie erscheinen als erhabene, indurierte, zum Teil nässende, beetartige oder pilzförmig-flache Gebilde. Ihre Größe schwankt zwischen der eines Reiskornes bis zu 6 cm Ausdehnung. Sie können große vegetierende Wucherungen bilden, zumeist bei den Frauen, die wenig Hygiene treiben, können aber ebenso wie die Papeln alleinstehend vorkommen. In einigen Fällen von Condylomata lata zeigt die Vulva ein livides, aufgelockertes Aussehen.

Die folgende Aufstellung zeigt die Lokalisation der sekundären Erscheinungen am Genitale, soweit sie in den Jahren 1920 bis 1940 beobachtet wurden, an.

Jahr	L. maj.	L. Min.	Comm. p.	Intr. vag.	Klit.	Orif. ur.	Vulva	Gesamt
1920	18	1	2	2	1	—	45	69
1921	49	18	6	2	1	1	54	131
1922	49	13	6	5	1	—	38	112
1923	33	10	3	—	—	1	30	77
1924	33	6	3	1	—	1	10	54
1925	16	7	1	2	—	1	28	55
1926	15	10	2	—	—	—	22	49
1927	11	1	2	—	1	—	3	18
1928	8	1	1	—	—	—	10	20
1929	4	1	1	—	—	—	2	8
1930	5	—	—	—	—	—	—	5
1931	6	2	1	1	1	—	—	11
1932	—	—	1	—	—	—	1	2
1933	4	—	1	—	—	—	—	5
1934	—	—	1	—	—	—	—	1
1935	2	—	—	—	—	—	—	2
1936	3	—	—	—	—	—	—	3
1937	4	—	—	—	—	—	—	4
1938	3	—	—	—	1	—	—	4
1939	2	—	1	—	—	—	1	4
1940	8	2	—	—	—	—	—	10
Gesamt	273	72	32	13	6	4	244	644

Tabelle 5.

Es zeigt sich, daß auch hierbei die großen Labien in 42,26% aller Fälle den Hauptlokalisationsort ausmachen. In der vorletzten Senkrechten sind alle die Fälle aufgeführt, für die keine genaue Lokalisation, sondern nur die Bezeichnung „am Genitale" oder „an der Vulva" angegeben war.

Es werden davon noch viele Fälle zu den großen Labien zuzurechnen sein, so daß der genannte Prozentsatz sich sicher noch um ein Bedeutendes erhöhen wird.

Die Tabelle zeigt auch, daß die Jahre 1921 und 1922 Höhepunkte der Erkrankungen aufweisen. Dann folgt eine stetige Abnahme. Im Jahre 1940 ist wieder eine Erhöhung der Krankheitsquote zu verzeichnen, hierbei liegen die angegebenen Infektionstermine höchstens neun Wochen zurück.

Die prozentuale Beteiligung der einzelnen Regionen ist aus der folgenden Aufstellung ersichtlich:

Große Labien	42,39%
Kleine Labien	11,18%
Hintere Commissur	4,96%
Introitus vaginae	2,01%
Klitoris	0,93%
Orific. urethrae ext.	0,62%

Die in dieser Aufstellung nicht genannten 38% entfallen auf die Fälle, für die als Lokalisationsort nur die Bezeichnung Vulva angegeben wurde.

Die nächste Tabelle gibt über den Anteil der einzelnen Sekundärerscheinungen am Genitale Aufschluß:

Lokalisat.	L. maj.	L. min	Comm. p.	Intr. vag.	Klit.	Orif. ur.	Vulva	Gesamt
Exanthem	2	1	1	—	—	—	—	4
Erosion	24	8	6	5	1	2	5	51
trockene Papel	121	32	6	5	3	2	134	303
näss. erod. Pap.	34	9	7	—	—	—	30	80
ulcer. Pap.	10	5	1	—	1	—	—	17
org. Pap.	1	1	—	—	—	—	—	2
Kondylom.	81	16	11	3	1	—	75	187
Gesamt	273	72	32	13	6	4	244	644

Tabelle 6.

Es ist zu erkennen, daß die trockenen Papeln und die Condylomate lata den Hauptanteil ausmachen, jeder Teil des äußeren Genitales kann Sitz der Sekundärerscheinungen sein.

In 78 Fällen, 12,1% wies das Sekundärstadium als Begleiterscheinung ein Indurativ es Ödem auf. Dieses ist jedoch nicht so hochgradig entwickelt, wie es bei dem Primärstadium festgestellt wurde. Es tritt im Gefolge aller Effloreszenzen, vor allem aber der Condylomata lata auf. Über die Lokalisation des Ind. Ödems gibt die nachstehende Tabelle Aufschluß. Es waren befallen:

rechtes großes Labium	14 mal	17,95%
linkes großes Labium	27 mal	34,61%
rechtes kleines Labium	4 mal	5,13%
linkes kleines Labium	7 mal	8,95%
beide großen Labien	10 mal	12,82%
beide kleinen Labien	8 mal	10,26%
große und kleine Labien	5 mal	6,41%
übriges Genitale	3 mal	3,85%

In der Mehrzahl der Fälle ist das Indurative Ödem an den Labien, vorwiegend den großen, zu finden. Die drei unter „übriges Genitale" genannten Fälle wiesen keine genauere Lokalisationsangabe auf. Die linken Labien sind in 43,56% Sitz des Ödems, häufiger also als die rechten. 71,66% beträgt die Gesamtbeteiligung der großen Labien. Als Folgezustand kann eine organisierte Schwellung, bindegewebige Hyperplasie, zurückbleiben.

Von wenigen Ausnahmen abgesehen findet sich eine begleitende Skleradenitis inguinalis, vor allem derselben Seite, die auch den Effloreszenzen als Lokalisation dient. Die Drüsen erscheinen bei Palpation derb, auf der Unterlage verschieblich, schmerzlos, haselnuß- bis taubeneigroß. Bei den Kranken, bei denen eine Sekundärentzündung hinzugetreten war, waren die Drüsen druckschmerzhaft.

In 12 Fällen wurde außer den sekundären papulösen Effloreszenzen gleichzeitig der Primäraffekt beobachtet. Achtmal davon saßen die Papeln in unmittelbarer Nähe des PA. Von den Kranken wurde der Infektionstermin mit 4—9 Wochen angegeben.

Inwieweit es sich um Erst- oder Rezidivexantheme handelt, ist aus den Unterlagen nicht ersichtlich.

An den einzelnen Regionen des äußeren Genitales ist das Sekundärstdium wie folgt aufgetreten:

Die großen Labien.

273 mal finden sich die Effloreszenzen. Den Hauptanteil bilden die Papeln. Es sind dies linsen-, erbsen- bis 2-Mark-

stückgroße, zum Teil erodierte, ulcerierte, nässende oder überhäutete, hellrote, derbe, abgeplattete Gebilde. Manche von ihnen erscheinen grauweiß-getrübt. Teils liegen sie im Niveau des Labiums, teils überragen sie es. Häufig stehen sie in der Mehrzahl, so daß wie in einem Fall die ganze Labie wie übersät ist. In anderen Fällen bilden sich regelrechte Papelkränze um das Genitale.

Drei besonders geartete Fälle seien mit ihrer Krankengeschichte angeführt.

Fall 1. Es handelt sich um ein spirochätenhaltiges sekundäres Spätsyphilid.

Jahrgang 1940. St. R. 67 Jahre, Witwe.: Ehemann vor 30 Jahren verstorben, soll angeblich geschlechtskrank gewesen sein. Die Kranke bemerkte vor vier Wochen an den Geschlechtsteilen Veränderungen. Die Labien, Genito-Cruralgegend und Perianalgegend sind bedeckt von scharf begrenzten, rundlichen, plattenartig erhabenen, beetartigen, derben, linsen- bis zweimarkstückgroßen Gebilden. Diese sind von bläulich-roter bis weiß-grauer Farbe und vereinzelt maceriert. Außer einer positiven, serologischen Reaktion sind dies die einzigen Krankheits-Symptome. Die Kranke will seit etwa 15 Jahren keinen Geschlechtsverkehr mehr ausgeübt haben. Es erscheint so die Annahme berechtigt, daß es sich hier um ein spirochätenhaltiges, sekundäres Spätsyphilid handelt. Ein solches kann gelegentlich Jahrzehnte nach der Infektion beobachtet werden.

Der 2. Fall beschreibt ein frambösiformes Syphilid, bei dem die Infektion angeblich sechs Monate zurückliegt. Jahrgang 1940, D. M., 22 Jahre, Arbeiterin: Am hinteren Teil der großen linken Labie sitzen Papeln. In der Mitte sieht man ein bohnengroßes Gebilde, das sich aus einzelnen, gruppiert stehenden, 2 bis 3 mm erhabenen Gebilden zusammensetzt, die an der Oberfläche abgerundet sind. Dadurch entsteht die Gestalt einer Himbeere.

Der 3. Fall betrifft ein corymbiformes Syphilid. Jahrgang 1938, F. G., 22 Jahre. Die inneren Seiten der großen Labien weisen grau-rote, linsengroße Erosionen auf, die peripherwärts fortschreiten. Die kleinen Labien sind vergrößert, schürzenartig vorhängend und geschwollen.

Die kleinen Labien.

Hier zeigen sich die Sekundärerscheinungen 72 mal. Das begleitende Indurative Ödem ist geringer als das bei den großen

Labien und ist 19 mal beobachtet worden. Die blaßroten, teils erodierten oder ulcerierten Papeln stehen auch hier einzeln angeordnet oder bilden größere zusammenhängende Flächen, die durch Konfluieren der einzelnen Papeln zustandegekommen sind. Sie sind linsen- bis dreimarkstückgroß, stellenweise arg zerklüftet. Die Krankengeschichte eines Falles, bei dem die Papeln eine girlandenartige Begrenzung aufwiesen, sei im Folgenden wiedergegeben. Die Infektion ist angeblich von vier Wochen erfolgt.

Jahrgang 1921, K. E., 20 Jahre, Dienstmädchen. Beide kleinen Labien zeigen innen und außen girlandenartig begrenzte, pfenniggroße erodierte Papeln.

Hintere Commissur.

Hier wurden 32 mal Effloreszenzen beobachtet. Diese Zahl ist, wie schon beim PA angeführt, in Anbetracht der Kleinheit der Fläche als sehr hoch zu bewerten. Es sind hier alle anfangs aufgeführten Formen der Effloreszenzen vertreten, die von den bisher geschilderten Eigentümlichkeiten keine Abweichung zeigen.

Introitus vaginae.

In den 13 hier genannten Fällen waren keine Besonderheiten im Aussehen zu bemerken. In einem Fall war der Introitus geschwollen. Die Beschreibung lautet:

Jahrgang 1936, F. J., 17 Jahre, Haustochter. Auf den Labien erbsengroße, mittelharte, z. T. erodierte, papulöse Gebilde. Die kleine Labie ist infiltriert und zeigt eine unregelmäßig begrenzte, schmierig belegte Erosion. Oberhalb der Klitoris sitzen einige linsengroße papulöse Effloreszenzen. Der Introitus vaginae und ebenfalls die Urethralöffnung sind ödematös geschwollen.

Klitoris.

In 6 Fällen sind hier die Effloreszenzen lokalisiert. Die Papeln bilden flache, pilzförmige Gebilde, die in einem Fall am Übergang von Haut zu Schleimhaut sich vergrößern. Die papulösen Herde sind firnisglänzend und weisen einen wallartig erhabenen Rand auf. Mehrere Male ist die Klitoris bei Sitz der Papeln am Genitale ödematös geschwollen.

Orificium urethrae externum.

Die 4 hier genannten Fälle weisen keine weiteren Besonderheiten auf. In einem Fall war das Orificium bei Sitz der Papeln

in der Nähe der Klitoris ödematös geschwollen, wie schon oben angeführt wurde.

Tertiärstadium.

Erscheinungen des tertiären Stadiums der Syphilis kamen in nur 3 Fällen zur Beobachtung. Es handelte sich dabei in 2 Fällen um die mehr oberflächliche Form, die durch derbe Infiltrate und durch bläulich-rote Verfärbung gekennzeichnet ist.

1. Fall. Jahrgang 1920. Hier zeigt sich nach angeblicher Infektion vor 9 Jahren ein tubero-serpiginöses Syphilid an den großen Labien.

2. Fall. Ohne Infektionsangabe wird über ein kleintubero-serpiginöses Syphilid der großen Labie berichtet.

Gigl berichtet über einen Fall eines tubero-serpiginoulcerösen Syphilids der Vulva. Dabei bildeten sich vor 4 Jahren juckende Knötchen an den großen Labien. Ein Teil davon bildete sich dann in daumendicke, granulierte, der andere Teil in ulcerierte Geschwulstmassen um.

Der letzte Fall berichtet über eine gummöse Veränderung im Bereich des Genitales. Es sind dies scharf begrenzte Knoten mit anfangs derber Konsistenz. Späterhin erweichen sie.
Jahrgang 1929, H. E. 52 Jahre, Witwe. Man bemerkt ein Sklerödem mit tumorartigen Bildungen von Bohnen- bis Walnußgröße an beiden kleinen Labien und an der Klitoris.

Guszmann berichtet über eine Frau, die sich 9 Jahre lang nicht behandeln ließ. Sie wies in der Fossa nacicularis und am Introitus ein guldenstückgroßes, seit einigen Monaten bestehendes, speckig belegtes Geschwür mit infiltrierten Rändern auf. Die Inguinaldrüsen waren dabei nicht verändert.

Die geringe Anzahl von tertiären Fällen, die zur Beobachtung kommt, ist mit großer Wahrscheinlichkeit darauf zurückzuführen, daß die Patientinnen meist im Sekundärstadium erfaßt und behandelt werden. Ferner ist die tertiäre Syphilis weniger am Genitale als am Gesicht und an den Extremitäten lokalisiert.

Bei den 868 Patientinnen, die die Klinik im Primär- oder Sekundärstadium aufsuchten, wurde 47 mal gleichzeitig eine Gonorrhoe festgestellt.

In 30 Fällen wurde Gravidität Mens II bis IX erkannt.

Zusammenfassung.

In den Jahren 1920—1940 wurden insgesamt 871 Fälle von Syphilis am äußeren weiblichen Genitale beobachtet. Davon entfallen 224 Fälle auf das Primärstadium, 644 auf das Sekundärstadium und 3 auf das Tertiärstadium. Es ist festzustellen, daß die Jahre 1920—1921 Höhepunkte der Syphilitischen Infektion darstellen. Die Jahre 1936, 1937 und 1939 sind frei von jeder Neuerkrankung, wohingegen im Jahre 1940 wiederum eine Zunahme der Neuerkrankungen zu verzeichnen ist.

Bei der Frau ist die Mehrzahl aller Primäraffekte an dem unteren Drittel der Innenseite der linken Labien lokalisiert, wobei die großen Labien am häufigsten befallen sind. Nächst dem sind dann die kleinen Labien, die hintere Kommissur, und der Introitus vaginae am meisten ergriffen; seltener findet sich der Primäreffekt an der Klitoris, am Orificium urethrae ext. und der vorderen Kommissur, sowie an den Ausführungsgängen der Bartholinischen Drüsen. In einem Viertel aller Fälle findet sich ein Indurativ Ödem als Begleiterscheinung des Pa, vor allem dann, wenn er an den großen Labien lokalisiert ist.

Die Sekundäreffloreszenzen sind wiederum am häufigsten an den großen Labien zu beobachten, danach an den kleinen Labien, der hinteren Kommissur, dem Introitus vaginae, Klitoris und an dem Orificium urethrae ext. Den Hauptanteil der Sekundäreffloreszenzen bilden die Papeln mit 62,42 % und die Condylomata lata mit 29,04 %. Auch im Sekundärstadium befällt das Indurative Ödem vorwiegend die großen Labien.

Das Tertiärstadium ist am weiblichen Genitale sehr selten lokalisiert. Bei unserem Krankengut kam es in Form des tuberoserpigino-ulcerösen Syphilids zur Beobachtung, in einem weiteren Fall als gummöse Erkrankung der Vulva.

Zum Schluß sage ich Herrn Professor Dr. Gottron für die Überlassung der Arbeit meinen aufrichtigen Dank.

Literatur

Bralez, Jean: Les Grandes Maladies Vénériennes. Nouvelle Pratique Dermatologique 1936, VII.

Brants, Janis: Un cas de réinfection syphilitique. Dermatolog. W. Schr. 1932, 95 1531.

Carle, M.: Statistik über den Erwerb der Geschlechtskrankeiten, insbesondere der Syphilis.

— Bulletin de la Société Francaise de Dermatologie Et de Syphiligraphie 1933, S. 918.

Chevallier, Paul: Sur un chancre nain de la vulve chez une prostituée. Ann. Mal. Vénér. 33.

Finger, E.: Über das Oedema indurativum. Arch. F. Dermat. 1887.

Fournier: siehe unter Guszmann und Bralez.

Gigl, J.: Tubero-serpigino-ulceröses Syphilid der Vulva. Geburtsh. und Frauenheilk. 1, 138, 142, 38.

Gravagna: Elefantiasis delle ninfe. Gazz. d' osp. e. d. clin. Jg 42, 95, 1132—1135. Ref. Zentralblatt für Dermat. 1922, 4.

Groß, H. P.: Die syphlit. Primäraffekte weiblicher Genitalien an Hand des Krankengutes der Universitäts-Hautklinik, Breslau. Dissertation, Breslau 1939.

Guszmann, J.: Syphilis der äußeren weiblichen Geschlechtsteile. Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1930.

Kluge, B.: Über syphil. Primäraffekt beim Weibe und seine Häufigkeit in den verschiedenen Regionen, insbesondere an der Vagina. Dissertation, Berlin 1935.

Milian, G.: Syphilis. Nouvelle Pratique Dermatologique, 1936, II und III.

Munde: zit. nach Kluge.

Preis, Karl: Narben an den Genitalien bedeuten zumeist Syphilis. Wien. med. Wschr. 1938, II.

Riege, H.: Weiterer Beitrag zur Statistik der Geschlechtskrankheiten an der Breslauer Universitäts-Hautklinik. Dissertation, Breslau 1937.

Stookey, Paul: Edema of the exernal genitalia of the femal as a complication of primary syphilis. South. med. J. 23, 708, 710, 1930. Ref. Zentralblatt f. Dermat. 1931, 36.

Lebenslauf

Ich, Gerhard Muschner, wurde am 29. Juli 1916 als Sohn des Lokomotivführers Artur Muschner und seiner Ehefrau Pauline, geb. Herbrig in Glogau a. Oder geboren.

Nach vierjährigem Besuch der Volksschule in Glogau wurde ich Ostern 1926 in die Sexta des Staatlichen Hindenburg-Reform-Real-Gymnasiums ebenda aufgenommen. Dort bestand ich Ostern 1935 die Reifeprüfung.

Dann studierte ich an der Universität Breslau Medizin. Nach 5 Semestern legte ich im Februar 1938 meine ärztliche Vorprüfung ab. Das medizinische Staatsexamen bestand ich im April 1940.